

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE  
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**IRIS PEREIRA MACHADO**

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO  
NARRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como requisito a formação no Bacharelado em  
Enfermagem do UniCEUB, sob orientação do  
Professor Eduardo Cyrino de Oliveira Filho.

**BRASÍLIA**

**2019**

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus que por meio de tantas adversidades me deu forças e ensinamentos ao longo da vida acadêmica. Quero dedicar a toda minha família em especial minha irmã que desenvolveu o transtorno perinatal e a todas as mulheres que já tiveram depressão pós-parto. Somente quem vivencia essa fase sabe o quanto é difícil passar por esse momento.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em especial aos meus pais, por terem acreditado no meu potencial e me estimulado neste processo.

Ao meu professor orientador Eduardo Cyrino por sua dedicação e assistência durante todo o desenvolvimento do trabalho.

As minhas amigas e Enfermeiras Hélia Souza, Cila Cintra e Klara Barker, pelo empenho imprescindível, zelo e grande colaboração ao longo do semestre acadêmico.

Meus amigos de trabalho: Marcelo Costa, Antônia Martins, Juliana Aoki e Marcelo Moraes, que contribuíram positivamente no progresso do meu TCC.

Ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB) que proporcionou minha formação e a todos os professores exemplares que foram primordiais nessa caminhada tão desejada rumo a minha profissão.

*“Seja você quem for, seja qual for a posição social que você tenha na vida, a mais alta ou a mais baixa, tenha sempre como meta muita força, muita determinação e sempre faça tudo com muito amor e com muita fé em Deus, que um dia você chega lá. De alguma maneira você chega lá. ”*

*(Ayrton Senna)*

## **Atuação do enfermeiro na depressão pós-parto: uma revisão narrativa**

Iris Pereira Machado<sup>1</sup>

Eduardo Cyrino Oliveira Filho<sup>2</sup>

### **Resumo**

O presente trabalho tem por relevância abordar a atuação do enfermeiro na detecção precoce da depressão pós-parto, identificando potenciais casos e sua prevenção. Esse transtorno requer uma rigorosa atenção pela saúde mundial. Sua prevalência é crescente, impactando negativamente a sociedade e acarretando prejuízos graves sobre a vida, englobando a saúde da mulher e do bebê. O enfermeiro tem como papel fundamental uma atuação qualificada, uma vez que este é o profissional que está frequentemente em contato com os pacientes. Para tanto, este estudo constitui-se de uma revisão narrativa que se fundamenta em várias literaturas científicas que aproximaram dessa temática, contribuindo para o resgate e compreensão do papel do enfermeiro, favorecendo a conceituação do transtorno puerperal e suas consequências no âmbito biopsicossocial entre mãe-bebê que são essenciais. Contudo, a assistência e condutas corretas do enfermeiro na promoção em saúde beneficiam a redução desse transtorno e suas complicações.

**Palavras-Chave:** Enfermagem Materno-Infantil; Depressão Pós-Parto; Prevenção e Interação mãe-filho.

## **The role of nurses in postpartum depression: a narrative review**

### **Abstract**

The relevance of this paper is to approach the performance of nurses on early detection of postpartum depression, identifying probable cases and helping to prevent them. This disorder requires a close care from the world health. Its prevalence increases continuously, negatively affecting the society and inputting serious prejudices to life, involving the health of the woman and of the baby. Nurses have as key role a qualified performance, once they are often the closest professionals to the patients. Therefore, this study is composed of a narrative review based on several scientific literatures related to this thematic, contributing to rethink and to understand the role of the nurses, improving the concept of postpartum disorder and its consequences in the biopsychosocial scope essential among the mother and the baby. Thus, the right nursing assistance and practices in promoting health help to reduce this disorder and its complications.

**Keywords:** Maternal-Child Nursing; Postpartum Depression; Prevention and Mother-Child Relations.

---

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem do UniCEUB

<sup>2</sup> Professor do UniCEUB

## 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos psiquiátricos são originados em decorrência de fatores multicausais associados a elementos sociais e individuais. Qualquer que seja o distúrbio psiquiátrico, pode influenciar negativamente o domínio coletivo do sujeito (MENDES *et al.*, 2018).

A depressão é classificada, em concordância entre alguns autores, como uma relevante adversidade mundial de saúde pública. Abrange 3% a 11% da população geral sendo constantemente detectada, associada aos distúrbios emocionais relativos a gestação, parto e puerpério (OLIVIA *et al.*, 2011; GOMES *et al.*, 2010).

Segundo dados internacionais de Fisher *et al.* (2012), foram detectadas 15% de mulheres com depressão no transcorrer da gestação e cerca de 20% com Depressão Pós-Parto (DPP).

A prevalência da DPP sofre alternância entre nações, tornando-se constante em países subdesenvolvidos. No Brasil estima-se que 20% das mulheres sofrem com o transtorno, no entanto, somente metade dos casos identificados possuem acesso aos recursos terapêuticos (OLIVEIRA E DUMNINGHAM, 2015).

As manifestações clínicas da DPP impossibilitam a relação afetiva do binômio mãe-bebê, tendo por consequência um atraso no progresso intelectual, mental, emocional e social da criança. Por este motivo, a percepção prévia da sintomatologia do transtorno psíquico puerperal torna-se relevante na prevenção em caráter assistencial e colaborativo na redução dos agravos a saúde da mulher (ALBERICI *et al.*, 2018).

Para tal fim, torna-se essencial a qualificação e capacitação dos profissionais de saúde sobre o reconhecimento precoce das manifestações clínicas ainda no pré-natal, permitindo o direcionamento para um tratamento e aconselhamento propícios, constituindo-se de condutas para impedir o surgimento do transtorno (GOMES *et al.*, 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um serviço de saúde implementado pelo Ministério da Saúde (MS), no ano de 1994, que oferece assistência primária a toda população, enquadrando o cenário familiar e coletivo. Sua estrutura é promissora ao combate de patologias, por meio da educação em saúde. O atendimento prevalente está entre gestantes e puérperas, e favorece a identificação de circunstâncias, ameaças e prejuízos à saúde da mulher e do recém-nascido (RN) por meio do cuidado prestado (KAWATA *et al.*, 2013).

Sendo composta por uma equipe multiprofissional qualificada e com senso crítico, englobando serviço eficiente e responsável, mediante a prevenção, promoção e recuperação em saúde. O enfermeiro atua como protagonista da ESF e deve estar apto em conduzir as necessidades abrangentes dos indivíduos, tratando também as demandas psicológicas. Este profissional deve cumprir suas responsabilidades com acolhimento e direcionamento apropriado no decorrer da gestação e no pós-parto, por meio de intervenções na prevenção

de transtornos mentais, viabilizando o bem-estar materno e familiar (NOGUEIRA; MEDEIROS, 2010).

Conforme Mendes *et al.* (2018), o atendimento pelo enfermeiro no puerpério, permite um acompanhamento criterioso, possibilitando avaliar as condições maternas biológicas e psíquicas, favorecendo a identificação e solução do problema reconhecido, impedindo que os impactos na saúde materna e da criança se concretizem.

O presente estudo objetivou analisar a atuação da enfermagem pertinente a depressão pós-parto e para isso foi discutido o conceito, diagnóstico, tratamento e prevenção; identificação dos possíveis danos que afetam a mãe e o desenvolvimento da criança; bem como a abordagem do enfermeiro em mulheres com DPP.

## 2 METODOLOGIA

O presente trabalho, trata-se de um estudo descritivo e exploratório do tipo revisão bibliográfica narrativa. A revisão narrativa segundo Botelho (2011), é um método de grande importância acadêmica, tendo em vista que o pesquisador pode utilizar análises científicas já executadas sobre um conteúdo, mediante da assimilação de estudos, podendo compreender com maior ênfase a temática proposta.

Para o estudo e desenvolvimento desta pesquisa, foram analisadas as bases de informações eletrônicas nacionais e internacionais BVS® (Biblioteca Virtual em Saúde do Brasil e de Enfermagem), Lilacs® (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), Scielo® (Scientific Electronic Library Online). Obtendo desta maneira artigos científicos publicados em português, inglês e espanhol, assim como dissertação de mestrado, portarias e recomendações do Ministério da Saúde do Brasil (MS) e Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

Enquanto descritores aplicados nesta pesquisa, os mesmos foram adquiridos junto aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo eles: Enfermagem Materno-Infantil; Depressão Pós-Parto; Prevenção e Interação mãe-filho.

O recorte temporal utilizado para a seleção de artigos respeitou o período compreendido entre 2009-2019, contudo, alguns trabalhos anteriores foram extraídos para complementação do tema.

A análise e desenvolvimento da pesquisa foi direcionada e organizada de acordo com os seguintes tópicos: Conceito, diagnóstico, tratamento e prevenção depressão pós-parto; Implicações da depressão pós-parto no desenvolvimento materno-infantil; Atuação do enfermeiro.

### 3 DESENVOLVIMENTO

#### 3.1 Conceito, diagnóstico, tratamento e prevenção da depressão pós-parto

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2013), o transtorno mental é definido por alterações emocionais, cognitivas e somáticas que interferem diretamente no organismo. As manifestações clínicas sucedem de meses a anos, podendo ter uma permanência extensa, considerado um quadro crônico.

A Depressão Pós-Parto (DPP) é conceituada como um tipo de transtorno mental acompanhado de tristeza excessiva e sensação de incompletude, e este sentimento tem por consequência uma perda de interesse e prazer do papel materno, causando dentre outros a rejeição do próprio filho (GOMES *et al.*, 2010).

Assim como qualquer transtorno, existem diversos fatores que podem desencadear a depressão, sendo classificada de leve à grave. Esse transtorno psíquico materno apresenta-se correlacionado a três (03) condições pertencentes a sua vivência: histórico materno propício a gestação, questões econômicas, relações entre a família e o companheiro (MORAES; CREPALDI, 2012).

As situações mais frequentes que favorecem o surgimento e desenvolvimento da DPP em puérperas são: alterações sucessivas no humor, histórico familiar, ocorrências de depressão anteriormente, aborto, RN com malformação congênita, dificuldade em amamentar, distúrbio clínico no período do puerpério e ausência de amparo familiar (RODRIGUES; SCHIAVO, 2011).

De acordo com Greinert e Milani (2015), no transcorrer do período gestacional, o organismo feminino tolera modificações hormonais, bioquímicas e fisiológicas essenciais para fornecimento de nutrientes e trocas metabólicas, objetivando o crescimento do feto e manutenção da gestação.

A DPP pode ser desencadeada devido redução rápida de hormônios associada a excreção da placenta. Para compensar, o organismo eleva a enzima monoamina oxidase do cérebro, que fragmenta os neurotransmissores de serotonina, noradrenalina e dopamina, responsáveis pela comunicação de sinais através das células nervosas, que interferem no estado emocional e comportamental da mulher (GDF, 2017).

As complicações gravídicas são condições desencadeantes para DPP, tendo em vista o histórico da parturiente, como primiparidade, multiparidade, intervalo curto entre as gestações, doença prévia ou desencadeada atualmente, acarretando em uma gravidez de alto risco (CRUZ, 2013).

A violência obstétrica vivenciada pela parturiente no trabalho de parto não humanizado propicia traumas, fazendo essa única experiência ser provida por sentimento de insegurança,



desrespeito e ausência de suporte emocional, ocasionando profundo isolamento da mulher, favorecendo que a mesma se culpe pelo ocorrido e sobretudo ocasiona distúrbios psicológicos (BRASIL, 2014).

Segundo Henshaw *et al.* (2015), uma das razões que colaboram para a DPP é a dificuldade em amamentar relacionada a pega incorreta, surgimento de mastite, sangramento no mamilo, entre outros. Conforme Vieira *et al.* (2018), essas manifestações, favorecem o desmame precoce e consequentemente introdução prévia de fórmulas lácteas que não contém nutrientes essenciais para o desenvolvimento e crescimento do bebê, favorecendo a desnutrição infantil. Portanto, o conhecimento dado a parturiente sobre a importância da amamentação é benéfica para o aumento da confiança materna e redução dos sintomas.

A prevalência de DPP está vinculada as condições sociodemográficas como idade, escolaridade, estado civil, renda familiar, desemprego e os obstáculos devido situações de pobreza que impactam diretamente a puérpera e o RN (MORAES *et al.*, 2006).

Outra situação de relevância é a gravidez não planejada, que resulta uma instabilidade conjugal e familiar, sendo frequentemente associada a gravidez na adolescência em consequência da imaturidade emocional e ausência de informações contraceptivas. Na maior parte dos casos, as mulheres não recebem suporte familiar, social e por parte do companheiro, deixando-a totalmente insegura sobre a gestação e o futuro da criança (MORAES; CREPALDI, 2012).

A maternidade é uma fase de amadurecimento emocional e pessoal, é um novo ciclo de vida, que requer responsabilidades e impacta diretamente o modo de vida familiar e materno, por ser o RN totalmente dependente, necessitando de cuidados primordiais para seu desenvolvimento e crescimento (SOUSA *et al.*, 2010).

Para alguns autores, a maternidade recém-adquirida, especialmente para as primíparas causa um sentimento de nervosismo e inabilidade com seu novo papel e com as obrigações pré-existentes como gestora do lar, mulher e companheira, ocasionando uma instabilidade psicológica associada ao esgotamento pela demanda puerperal, uma condição habitual na qual incessantemente a mulher encontra-se sozinha para desempenhar essas funções, deixando-a sobrecarregada (FRIZZO *et al.*, 2010; BARBOSA; GONÇALVES; GRANGHELLI, 2006).

Os sintomas comportamentais da DPP costumam manifestar-se por choro frequente, comportamento violento, aumento ou redução do apetite, cefaleia, insônia, apatia com o bebê e receio de ferir seu filho. As manifestações clínicas persistem frequentemente, podendo aparecer há qualquer momento, inclusive imediatamente após o parto (SOUSA *et al.*, 2010).

O diagnóstico inicial, acontecerá mediante uma avaliação clínica, caracterizada pelo surgimento e associação de no mínimo cinco manifestações contínuas, que interferem diretamente no rendimento das tarefas diárias, sendo classificada por meio da Escala de

Depressão Pós-Parto de Edimburg (EPDS), no entanto não foi incluída à rotina da ESF. Contudo, mesmo o enfermeiro nessa condição, pode rastrear e determinar estratégias que reduzem os malefícios da DPP (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Em conformidade com Galvão *et al.* (2015) e Camacho *et al.* (2006), a partir da identificação da sintomatologia pelo enfermeiro, a puérpera é direcionado ao médico da família que faz o acompanhamento, e em casos mais graves do transtorno a paciente será encaminhada ao psiquiatra objetivando um melhor tratamento. A terapêutica prescrita na maioria das vezes, não é adequada e de acordo com a OMS, 75% das pacientes fazem parte deste percentual, logo 25% recebem tratamento correto e são acompanhadas com exatidão. Para traçar uma satisfatória estratégia deve-se avaliar com prudência e de maneira diferenciada e individual, perante a história clínica e ocorrência dos sintomas da paciente.

Atualmente, existem subtipos para o tratamento da DPP, constituindo-se métodos psicofarmacológico, psicossocial e psicoterápico. Os psicofármacos indicados são os antipsicóticos, anticonvulsivantes, benzodiazepínicos e antidepressivos, ambos intervêm nas manifestações depressivas (SILVA; SOUZA, 2018).

O apoio psicossocial, conhecido como Rede de Apoio é uma estratégia considerada como tratamento que auxilia no enfrentamento dos episódios recorrentes do transtorno puerperal, servindo especialmente como um fator protetor de DPP. Uma boa organização familiar, visa garantir a aceitação do transtorno, beneficiando uma vivência mais satisfatória e amorosa entre a mãe e o bebê. Seu objetivo principal é o apoio dado pela família nos cuidados com o bebê, com o domicílio, além de encorajar e incentivar a mulher sobre seu papel materno (MANENTE; RODRIGUES, 2016).

A partir da psicoterapia pode-se compreender o elemento cognitivo comportamental, todavia, o fundamento nesta percepção contribui diretamente para que a mulher não possua um comportamento disfuncional. O atendimento psicoterapêutico ambiciona o acolhimento, confiabilidade e escuta ativa, readquirindo por meio de relatos os aspectos imprescindíveis sobre pensamentos, sentimentos maternos e familiares, a partir da concepção até o nascimento do bebê, colaborando na compreensão e administração dos conflitos relacionados a díade mãe-bebê (MORAES, CREPALDI, 2012).

Os grupos terapêuticos são utilizados como uma psicoterapia, contudo de forma lúdica. Conforme Nunes *et al.* (2012) e Barcellos (2015), a musicoterapia e dançaterapia, são utilizadas especialmente na promoção em saúde, aplicada como recurso de relaxamento, que visa a redução de ansiedade e estresse, melhorando os aspectos emocionais, estabilização do humor e promovendo bem-estar físico e mental.

Para uma complementação efetiva da prevenção do transtorno puerperal, encontra-se o pré-natal psicológico (PNP), um projeto inovador desenvolvido em Brasília (DF), que fornece suporte psicológico em todo o período gravídico-puerperal. Esse programa propõe uma

assistência perinatal, integração familiar, preparação psicológica materna, discussões relacionadas as demandas na maternidade, planejamento familiar, prevenção da DPP, assim como, destaca a psicoterapia, ambas práticas são mediante atendimentos individuais e palestras grupais (ARRAIS; MOURÃO; FRAGALLE, 2014).

No que refere sobre o cuidado multidisciplinar, Lucélia Costa enfatiza que:

“Os profissionais do Programa Saúde da Família estão em uma posição favorável para detectar precocemente a DPP e intervir, evitando o agravamento do processo de depressão puerperal, uma vez que a equipe se faz mais presente na vida da população por ela assistida, além de contar com profissionais de várias áreas” (COSTA, 2013, p. 22-23).

A assistência de enfermagem deve atuar constantemente na prevenção, visto que grande parte dos casos não é identificada com frequência, por essa razão é relevante o enfermeiro reforçar suas ações e condutas visando identificar gestantes com tendência a DPP mais precocemente e encaminhá-la para tratamento, favorecendo a redução de riscos e restabelecimento da qualidade de vida (TAVARES; BOTELHO, 2009).

### **3.2 Implicações da depressão pós-parto no desenvolvimento materno-infantil**

O âmbito emocional da mãe pode interferir em sua interação com o bebê, sendo o mais vulnerável à impactos negativos, resultando em danos no seu desenvolvimento ao longo da infância. A gravidade da DPP é relativamente proporcional ao seu impacto materno-infantil (CANTILINO *et al.*, 2010).

Algumas puérperas não aceitam a confirmação do diagnóstico e negam as orientações e o tratamento. Como estratégia e para se privar da sintomatologia, tendem a usufruir de álcool e drogas. Essa prática tem por efeito o risco elevado de mortalidade materna e infanticídio (PEREIRA *et al.*, 2010).

O tratamento incorreto ou incompleto pode evoluir para Psicose pós-parto e sua incidência é rara, tendo como base 0,1% a 0,2% de casos confirmados, instituindo-se uma emergência médica (OLIVEIRA, DUNNINGHAM, 2015).

A respeito da DPP, Francislene Menezes *et al.*, salientam que:

“A depressão puerperal pode ser um ponto crucial no desenvolvimento e crescimento saudável de uma criança. A tendência dos bebês é tornarem se vulneráveis às consequências da depressão materna, pois dependem totalmente da qualidade dos cuidados e da responsabilidade da mãe” (MENEZES, 2012, p.6).

O RN tem como referencial a mãe, que concede princípios físicos e emocionais para seu desenvolvimento. Mães depressivas possuem uma interação afetiva limitada e essa

atitude reflete em possíveis déficits cognitivos e comportamentais, englobando psicopatologias e permitindo que seu filho se sinta vulnerável diante da humanidade (CAMPOS; RODRIGUES, 2015; FREITAS; SCARABE; DUQUE, 2017).

Para um desenvolvimento infantil adequado é primordial o binômio mãe-bebê terem relacionamento de qualidade, pois, a criança necessita diretamente da figura materna com saúde psicológica e física satisfatórias (FLORES *et al.*, 2012).

No que refere a interação materno-infantil, Luísa Santos e Conceição Serralha enfatizam que:

“O estilo de interação que a mãe deprimida estabelece com seu filho parece ser mais crítico para o desenvolvimento dele do que o transtorno em si, pois, é certo que a depressão materna altera o padrão considerado normal para a interação mãe-bebê” (SANTOS e SERRALHA, 2015, p.21).

De acordo com Loreto (2008), o início do vínculo mãe-bebê ocorre desde a fase gestacional, por meio da placenta. Para Borsa e Dias (2004), as interações maternas com o conceito durante o desenvolvimento intrauterino são adquiridas por intermédio de estímulos externos mediante os órgãos sensoriais no reconhecimento de sons, de conversas, cantigas, pensamentos e carinhos que são pilares para criação de uma relação amorosa.

No decorrer da gravidez os sentimentos emocionais fragilizados por situações de estresse e ansiedade relacionada as expectativas sobre o futuro do seu filho, serão detectados pelo embrião, e essa instabilidade emotiva provida pela mãe no período gestacional até o puerpério, pode ter por consequência uma redução na interação afetiva entre ambos que poderá debilitar o vínculo mãe-bebê (KROB *et al.*, 2017).

Os primeiros 24 meses, o bebê desenvolve um sentimento afetivo por intermédio do vínculo com a família, promovendo os próprios sentimentos e representações mentais mediante a subjetividade e psiquismo ainda em formação. Aos três (03) anos a criança têm progressos de suma importância na parte cognitiva, motora, social e de linguagem verbal, sendo relevante para um adequado desenvolvimento (BRASIL, 2012a).

Conforme estudos de Carlesso e Souza (2011), as implicações sobre a criança resulta em 29% de chances para progredir em desordenação comportamental, englobando sentimentos e emoções, redução das funções cognitivas, autonômicas e psicológicas.

O distanciamento da conexão visual e verbal materno-infantil, é responsável por uma repercussão na vocalização da criança. O agravo na evolução linguística, está associado a ausência de verbalização materna que é um estímulo e incentivo natural para que seu filho explore a fala por meio da comunicação. Dessa maneira, um diálogo eficaz e propício entre a mãe e a criança contribui no desenvolvimento da linguagem (SERVILHA; BUSSAB, 2015).

Para Costa (2013), a dimensão dos impactos prejudiciais para a criança, submete-se aos múltiplos elementos e dependem diretamente da idade, temperamento infantil, convívio, comunicação da mãe com o filho e cronicidade da DPP. Em concordância com estudo de

Menezes et al (2012), os fatores associados a criança possibilitarão que a mesma, se torne apática ainda na infância podendo essa condição permanecer ao longo da vida. Por este motivo, torna-se importante o tratamento específico para a mãe e filho.

Crianças em situações de riscos, decorrentes da DPP, possuem maior probabilidade de ter o desenvolvimento da primeira infância fragilizado em todos os aspectos. Dessa forma, o atendimento materno-infantil será disponibilizado através de uma atenção prioritária e específica de saúde, visando supervisão cuidadosa e contínua dos profissionais da Atenção Básica, além da Assistência Social e da Educação, contemplado a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC (BRASIL, 2018).

A assistência à criança deve ser frequente, visando proteger e promover de forma eficaz e satisfatória a saúde, além de identificar os aspectos comprometedores, favorecendo no decorrer da infância até a vida adulta, a mesma tenha um desenvolvimento saudável (PEREIRA, 2011; BRASIL, 2012a).

### **3.3 Atuação do enfermeiro**

A atuação referente a saúde da mulher pelo Sistema Único de Saúde (SUS), manifesta-se mediante da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que visa cuidados sobre a atenção obstétrica e neonatal (COREN, 2014).

Programas do Sistema Único de Saúde (SUS) são fundamentais na melhoria do atendimento as gestantes e puérperas, tal como para o RN. A Rede Cegonha contribui nessa assistência e assegura o direito a rede pela disponibilização do pré/pós-natal. Desta maneira o atendimento é fornecido por profissionais de saúde preparados para as demandas em amplo aspecto, dentre eles o enfermeiro, que realiza consulta e presta os cuidados necessários de forma humanizada, afim de garantir a promoção da saúde materna-infantil (BRASIL, 2011).

A gestação é um período que requer um acompanhamento contínuo, caso contrário o progresso gestacional pode converter em situação de risco materno-fetal, em decorrência de uma assistência no pré-natal inadequada que não atingiu seu objetivo (BRASIL, 2006).

A política de saúde da mulher favorece o papel do enfermeiro, capacitado para implementação de condutas assistenciais ao longo da vida feminina, incluindo a fase puerperal, já que neste ciclo frequentemente ocorrem alterações diversas na saúde e no bem-estar (FELIX *et al.*, 2013).

O enfermeiro é habilitado em conduzir as consultas do pré-natal de baixo risco obstétrico, por intermédio de atendimento programado, sendo intercalado com o médico, tencionando monitorar o progresso da gestação, detecção de complicações gravídicas, e tratamentos. Dentre as atribuições previstas estão a consulta de enfermagem com solicitação

de exames laboratoriais e de imagens, realização do exame obstétrico, atualização do cartão vacinal, instruções sobre o parto, puerpério, aleitamento materno e os cuidados com o RN (DUARTE, ALMEIDA, 2014).

A mulher passará por várias transformações física, hormonais, emocionais e essas experiências podem interferir em sua saúde física e mental, contudo essas situações variam de acordo ao âmbito de vida. Logo é no pré-natal que o enfermeiro atua de forma sublime na preparação física e especialmente psicológica, ampliando suas ações educacionais com foco no processo do cuidado perante a saúde materno-infantil (RIOS, VIEIRA, 2007).

O enfermeiro atuante na ESF, consegue detectar ainda no período gravídico-puerperal os fatores de risco da DPP. Esta é uma oportunidade do profissional dar ênfase as estratégias preventivas com abordagem no foco psicológico e aconselhamentos (FELIX, GOMES, FRANÇA, 2008).

É preconizado pela Atenção Primária à Saúde (APS), a realização da visita domiciliar puerperal com o enfermeiro de preferência 7 dias após o parto. A consulta visa acompanhar as condições de saúde do RN e puérpera, orientar e promover ações preventivas e de tratamentos quando reconhecida situação de risco, como manifestações clínicas referentes a DPP, logo a visita em domicílio deve ser rotineira e com maior atenção (CORRÊA *et al.*, 2017).

Além das condições clínicas a serem avaliadas durante a visita é essencial analisar a presença de vínculo e encorajar a prática, observando a relação familiar e principalmente o papel de parentalidade, ofertando suporte emocional e reconhecendo sinais de depressão puerperal (GDF, 2017).

O estado emocional fragilizado associado a DPP, é trabalhado pelo enfermeiro provedor do cuidado com a saúde da mulher, visando uma escuta qualificada, acolhimento, aconselhamento, orientações, suporte familiar e acompanhamento continuo com a mãe, visto que, a depressão pode ressurgir em outras fases de sua vivência. O encaminhamento da puérpera e também a criança a outros serviços de saúde são essenciais objetivando uma complementação do tratamento e reduzindo a probabilidade de prejuízos materno-infantil (CORRÊA *et al.*, 2017).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II), compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que fornece um suporte na fase puerperal, por intermédio de profissionais capacitados, grupos com didáticas voltadas para a compreensão e conhecimentos sobre a DPP, além da conversação grupal que possibilita a troca de experiências e vivências (SOUSA *et al.*, 2010).

A RAPS propicia a adesão de pessoas com sofrimentos psíquicos, por intermédio de um cuidado especializado e contínuo. Dentre suas estratégias a desinstitucionalização que fornece aos usuários a continuidade da assistência com equipe multiprofissional em domicílio,

nesse caso, mulheres com DPP terão amparo e o fornecimento de apoio a saúde, evitando o distanciamento pertinente aos cuidados com o RN (BRASIL, 2012b).

A saúde da criança também é levada em consideração pela RAPS por intermédio do CAPS I Infanto-juvenil, que promove promoção do cuidado com a primeira infância, com atendimento as crianças vulneráveis que sofrem ou sofreram influências negativas, como pais alcoólatras, usuários de drogas, traumas em decorrência de violência física e psicológica e dentre as diversas ocasiões, o transtorno mental materno (BRASIL, 2012b).

A Rede Cegonha também possui outra estratégia de Prática Integrativa de Saúde (PIS), que abrange toda a população, em especial gestantes, puérperas, crianças e familiares que são encaminhados para participarem de práticas que promovem o enfrentamento da DPP com qualidade de vida e tratamento perante mecanismos naturais. As atividades propostas sucedem na ESF, com equipe multidisciplinar acompanhando e participando de atividades como meditação, reiki, terapias em grupo, acupuntura, massagens, arteterapia e fisioterapias (GDF, 2017).

É fundamental o enfermeiro ampliar suas ações durante todo o acompanhamento no pré/pós-natal focando na saúde integral da mulher. Entretanto, para essa prática se concretizar é necessário o profissional realizar uma boa anamnese e coleta de dados sobre a vida pessoal e familiar da gestante, reconhecendo os fatores de riscos para a DPP e realizar as intervenções adequadas de apoio emocional (DUARTE, ALMEIDA, 2014).

A atuação profissional sobre a saúde mental da gestante enfatiza a prevenção de transtorno puerperal, na qual, o enfermeiro deve desempenhar assistência sobre os elementos relacionados ao conjunto biopsicosocioespiritual, que venha interferir nas circunstâncias referentes a saúde da mulher em geral (MURATA *et al.*, 2012).

Dentre as condutas do enfermeiro estão o acolhimento desde o início da gravidez, definido como escuta qualificada, que visa a criação de vínculo, identificação necessidades, vulnerabilidade e a partir dessa compreensão o profissional desenvolve ações de resolutividade do problema encontrado (GDF, 2017).

A empatia é uma habilidade que todos os profissionais em saúde devem possuir e refere-se a prática de compreender emocionalmente os aspectos dos outros, mesmo quando o profissional não vivenciou essa situação. Logo, por este motivo é importante o enfermeiro estabelecer na primeira consulta e durante todo o acompanhamento da gestação e do pós-parto, um vínculo cada vez mais fortalecido, permitindo que a mulher sinta-se à vontade e fale sobre suas aflições. Assim, o profissional poderá desenvolver uma assistência qualificada e encaminha-la para serviços mais direcionados a este transtorno (GDF, 2017).

Deste modo, o enfermeiro é um profissional de saúde que possui grande vínculo com os pacientes na rotina ambulatorial dos serviços de saúde. Sendo relevante sua qualificação

na assistência em diversas questões, especialmente na atuação de distúrbios psíquicos (SILVIA; BOTTI, 2006).

Em virtude da incidência de DPP, o Ministério da Saúde objetiva o aperfeiçoamento constante dos profissionais da ESF, ofertando treinamentos e cursos de capacitações e educação contínua, viabilizando profissionais qualificados e preparados para fornecer uma assistência de qualidade (RIOS; VIEIRA, 2007).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante esta revisão bibliográfica, constatou-se que existe necessidade na compreensão do papel do enfermeiro, dado que este profissional tem um prestígio e domínio sobre os cuidados diretos dos pacientes, dentre eles gestantes e puérperas.

As complicações de uma não detecção precoce da depressão pós-parto deve ser compreendida mais profundamente e requer uma atenção mundial. Na qual, os prejuízos impactarão em especial o RN que necessita diretamente da figura materna, desta forma, implicações sobre o bebê influenciarão no futuro de uma vida que ainda está em desenvolvimento.

Pode-se constatar que existe uma redução de pesquisas científicas e embasamentos teóricos sobre a depressão pós-parto, abrangendo as consequências maternas e associadas no desenvolvimento infantil, bem como condutas para a prevenção. Sendo assim é sugerido principalmente aos trabalhos acadêmicos novas abordagens de pesquisas referentes ao tema proposto ou assuntos semelhantes envolvendo a atuação do enfermeiro, visto que é um profissional que beneficia positivamente no controle e redução da DPP.

Entretanto, considera-se urgente rever os impactos no âmbito biopsicossocial da díade mãe-bebê. Sendo essencial a compreensão da depressão pós-parto, evidenciando a importância da atuação do enfermeiro na detecção do transtorno puerperal, levando uma reflexão sobre abordagem e manejo a mulheres com DPP. Portanto, mulheres, RN, crianças, famílias e a sociedade em geral podem ser beneficiados por meio da atuação do profissional de enfermagem.

#### REFERÊNCIAS

ALBERICI, A. S. R. *et al.* VISÃO HOLÍSTICA ACERCA DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO. **Anais** de Congresso Internacional de Pesquisa, Ensino e Extensão. CIPEEX, v.2, p. 991-1001, dez. 2018.



American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013.

ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 251-264, jan/mar. 2014.

BARBOSA, M. M. A.; GONÇALVES, R.; GRANGHELLI, R. I. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, p.775-779, nov/dez. 2006.

BARCELLOS, L. R. M. Musicoterapia em medicina: uma tecnologia leve na promoção da saúde – a dança nas poltronas! **Revista Música Hodie**, Goiânia, v.15, n.2, p. 33-47, fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012a. Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_deenvolvimento.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_deenvolvimento.pdf). Acesso 15 de abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de atenção Psicossocial**. Brasília, 2012b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_aco lhimento.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_aco lhimento.pdf). Acesso 20 de abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2006. Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puer perio\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puer perio_3ed.pdf). Acesso 03 de abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e nascimento**. Caderno Humaniza SUS; v.4. Brasília, 2014. Disponível em: [http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizausus\\_v4\\_humanizacaop arto.pdf](http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacaop arto.pdf). Acesso 24 de março de 2019.

BRASIL. Portaria Nº1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**, 27 de junho. 2011; Seção1:109. Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24 \\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24 _06_2011.html). Acesso 04 de abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção Integral à saúde da criança**. Orientações para implementações. Brasília, 2018. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica\\_Nacional\\_de\\_Atencao\\_Integral\\_a\\_Saude \\_da\\_Crianca\\_PNAISC.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude _da_Crianca_PNAISC.pdf). Acesso 23 de abril de 2019.

BORSA, J. C.; DIAS, A. C. G. Relação Mãe e Bebê: as expectativas e vivências do puerpério. **Revista Perspectiva**, v. 28, n. 102, p. 39-53, jun. 2004.

CARLESSO, J. P. P.; SOUZA, A. P. R. Dialogia mãe-filho em contexto de depressão materna: Revisão de literatura. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 6, p. 1119-1126, abr. 2011.

CAMACHO, R. S. *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Archives of Clinical Psychiatry*, v. 33, n. 2, p. 92-102, jan. 2006.

CAMPOS, B. C.; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. **Psico**, v. 46, n. 4, p. 483-492, out/dez. 2015.

CANTILINO, A. *et al.* Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 37, n. 6, p. 288-294, out. 2010.

CORRÊA, M. S. M. *et al.* Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n.3, p.136-148, abr, 2017.

COREN-GO. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde do Estado de Goiás**. 2014. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-do-estado-de-goias>. Acesso 13 de abril de 2019.

COSTA, M. L. **Depressão pós-parto**. 2013. 29 f. Monografia (Especialização) – Curso de Saúde Coletiva e da Família da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, São Paulo, 2013.

CRUZ, Y. L. R. Caracterización de la morbilidad psiquiátrica en el periodo grávido-puerperal durante los años 2009 y 2011. **Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana**, v. 10, n. 1, abr. 2013.

DUARTE, S. J. H.; ALMEIDA, E. P. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. **Revista de enfermagem do centro oeste mineiro**, v. 4, n.1, p. 1029-1935, jan/abr. 2014.

FELIX G. M. A., GOMES A. P. R., FRANÇA P.S. Depressão no ciclo gravídico-puerperal. **Ciências Saúde**, v. 19, n.1, p.51-60, jan/mar. 2008.

FELIX, T. A. *et al.* Atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto nas consultas de puericultura. **Enfermería Global**, v. 12, n. 29, p.420-435, dez. 2013.

FISHER, J. *et al.* Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 90, p. 139-149, out. 2012.

FLORES, M. R. *et al.* Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 2, p. 348-360, out. 2012.

FREITAS, L. V.; SCARABEL, C. A.; DUQUE, B. H. As implicações da depressão pós-parto na psique do bebê: Considerações da Psicologia Analítica. **Psicologia Argumento**, v. 30, n. 69, p.253-263, abr/jun. 2017.

FRIZZO, G. B. *et al.* Depressão pós-parto: evidências a partir de dois casos clínicos. **Psicologia: reflexão e crítica**. Porto Alegre. v. 23, n. 1, p. 46-55, jan/abr. 2010.

GALVÃO, A. C. C. *et al.* Prevalência de depressão pós-parto e fatores associados: revisão integrativa. **Revista Ciência & Saberes-Facema**, v. 1, n. 1, p. 54-58, ago. 2015.

GREINERT, B. R. M.; MILANI, R. G. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. **Psicologia: teoria e prática**, v. 17, n. 1, p. 26-36, jan/abr. 2015.

GOMES, L.A., *et al.* Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. E, p. 117-123, dez. 2010.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Portaria SES-DF Nº 342 de 28 de junho de 2017. Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido. **Diário Oficial do Distrito Federal**, 30 de junho de 2017; n. 124. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/04/3Atencao\\_a\\_Saude\\_da\\_Mulher\\_no\\_Prenatal\\_Puerperio\\_e\\_Cuidados\\_ao\\_Recem\\_nascido.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/04/3Atencao_a_Saude_da_Mulher_no_Prenatal_Puerperio_e_Cuidados_ao_Recem_nascido.pdf). Acesso 02 de maio de 2019.

HENSHAW, E. J. *et al.* Breastfeeding self-efficacy, mood, and breastfeeding outcomes among primiparous women. **Journal of Human Lactation**, v. 31, n. 3, p. 511-518, mar. 2015.

KAWATA, L. S. *et al.* Os desempenhos da enfermeira na saúde da família – construindo competência para o cuidado. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, p.961 – 970, out/dez. 2013.

KROB, A. D. *et al.* Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 3-16, dez. 2017.

LORETO, V. Depressão na gravidez: Repercussões no bebê. Cuidados no início da vida: Clínica, instituição, pesquisa e metodologia. São Paulo: **Casa do Psicólogo**. 2008.

MANENTE, M. V.; RODRIGUES, O. M. P. R. Maternidade e Trabalho: Associação entre Depressão Pós-parto, Apoio Social e Satisfação Conjugal. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 99-111, jul. 2016.

MENDES, A. C. *et al.* Educação em enfermagem de saúde mental e psiquiatria no curso de licenciatura em enfermagem. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 14, n. 2, p. 73-83, mar. 2018.

MENEZES, F. L. *et al.* Depressão puerperal, no âmbito da saúde Pública. **Saúde (Santa Maria)**, v. 38, n. 1, p. 21-30, jan/jun. 2012.

MORAES, I. G. S. *et al.* Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 65-70, nov. 2006.

MORAES, M. H. C.; CREPALDI, M. A. A clínica da depressão pós-parto. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 19, n. 2, p. 61-67, jan/dez. 2012.

MURATA, M. *et al.* Sintomas depressivos em gestantes abrigadas em uma maternidade social. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 194-200, abr/jun. 2012.

NOGUEIRA, V. C.; MEDEIROS, G. R. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 2, p. 129-139, abr/jun. 2010.

NUNES, M. S. *et al.* A música para indução de relaxamento na Terapia de Integração Pessoal pela Abordagem Direta do Inconsciente–ADI/TIP. **Contextos Clínicos**, v. 5, n. 2, p. 88-99, jul/dez. 2012.

OLIVA COSTA, E. F. *et al.* Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 1, p. 53-59, out. 2011.

OLIVEIRA, M. J. M.; DUNNINGHAM, W. A. Prevalência e fatores de risco relacionados a depressão pós-parto em Salvador. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v. 19, n. 2, p.72-83, mai/ago. 2015.

PEREIRA, O. A. Crescimento e desenvolvimento. **Apostila de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unifenas**, Alfenas, 2011.

PEREIRA, P. K. *et al.* Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 37, n. 5, p. 216-222, dez. 2010.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 477-486, mar/abr. 2007.

RODRIGUES, O. M. P. R.; SCHIAVO, R. A. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 9, p. 252-257, set. 2011.

SANTOS, L. P.; SERRALHA, C. A. Repercussões da depressão pós-parto no desenvolvimento infantil. **Barbarói**, n. 43, p. 05-26, jan/jun. 2015.

SERVILHA, B.; BUSSAB, V. S. R. Interação mãe-criança e desenvolvimento da linguagem: a influência da depressão pós-parto. **Psico**, v. 46, n.1, p. 101-109, jan/mar. 2015.

SILVA, E. T.; BOTTI, N. C. L. Depressão puerperal—uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 231-238, dez. 2006.

SILVA, N. F.; SOUZA, D. C. O diagnóstico da depressão pós-parto e o uso da hipnoterapia cognitiva no tratamento. **Amazônica-Revista de Psicopedagogia, Psicologia escolar e Educação**, v. 21, n. 1, p. 167-190, jan/jun, 2018.

SOUSA, F. C. *et al.* Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 411-416, fev. 2010.

TAVARES, M., BOTELHO, M. Prevenir a Depressão Pós-parto: Uma análise ao conhecimento existente. **Pensar Enfermagem**, v. 13, n. 2, p.19-29, jun/dez. 2009.

VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.11, n. 2, p.129-139, abr. 2010.

VIEIRA, E. S. *et al.* Autoeficácia para amamentação e depressão pós-parto: estudo de coorte. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p.1-8, mai. 2018.